

**Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios****Mexican Journal of Eating Disorders**Journal homepage: <http://journals.iztacala.unam.mx/>**Perfectionism and low self-esteem across the continuum of eating disorders in adolescent girls from Buenos Aires****Perfeccionismo y baja autoestima a través del continuo de los trastornos alimentarios en adolescentes mujeres de Buenos Aires**Guillermina Rutzstein¹, M. Luz Scappatura¹ y Brenda Murawski^{1,2}¹ Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.² Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina.**Abstract**

The aim of this study was to analyze and compare habits, behaviours and eating attitudes, perfectionism and self-esteem in adolescent girls with eating disorder (ED) adolescents at risk of eating disorder (EDR), and adolescents without eating disorder neither risk (NED). The sample included 200 women between 13 and 19 years of age: 167 students of high schools from Buenos Aires and 33 ED patients recruited from clinics specializing in treatment of ED. There were formed three groups according to the presence of ED or ED risk (which was evaluated through a semistructured interview based on the Eating Disorder Examination (EDE): adolescents with ED ($n=46$), adolescents at risk for ED ($n=17$) and adolescents without ED neither risk ($n=137$). Participants completed: Sociodemographic and specific symptoms of eating disorders questionnaire, Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3), Rosenberg's Self-Esteem Scale, and Almost Perfect Scale-Revised (APS-R). Overall, the results support the continuum theory of ED. EDR group had intermediate scores on perfectionism and low self-esteem. Furthermore, the results support the dysfunctional nature of one of the components of perfectionism (Discrepancy). The presence of psychological characteristics associated with the development of ED in nonclinical adolescent population (EDR), reinforces the importance of making efforts to the prevention of ED in school context.

Resumen

El objetivo de este estudio fue analizar y comparar hábitos y actitudes hacia la alimentación, perfeccionismo y autoestima en mujeres adolescentes con cuadros completos de trastornos alimentarios (TA), adolescentes con riesgo de trastorno alimentario (RTA), y adolescentes sin trastorno alimentario ni riesgo (NTA). Participaron del estudio 200 mujeres entre 13 y 19 años: 167 estudiantes de escuelas secundarias de la Ciudad de Buenos Aires y 33 pacientes con diagnóstico de TA según el DSM IV-TR, que se encontraban en tratamiento en dos instituciones especializadas (una pública y una privada). Se conformaron tres grupos en función de la presencia de TA o de riesgo de TA evaluada a través de una entrevista diagnóstica basada en el Eating Disorder Examination (EDE): adolescentes con TA ($n=46$), adolescentes con riesgo de TA ($n=17$) y adolescentes sin TA ni riesgo de TA ($n=137$). Las participantes completaron los siguientes instrumentos: Cuestionario sociodemográfico y de sintomatología específica de trastornos de la conducta alimentaria, Inventario de Trastornos Alimentarios-3 (EDI-3), Escala de Autoestima de Rosenberg y Almost Perfect Scale- Revised (APS-R). En conjunto, los resultados apoyan la teoría del continuo en los TA. Las adolescentes con RTA presentaron puntuaciones intermedias en perfeccionismo y baja autoestima. Además, los resultados apoyan el carácter disfuncional de uno de los componentes del perfeccionismo (Discrepancia). La presencia de características psicológicas vinculadas con el desarrollo de los TA en adolescentes de población no clínica (RTA), refuerza la importancia de destinar esfuerzos a la prevención de los TA en la adolescencia.

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Recibido: 08/05/2014
Revisado: 09/06/2014
Aceptado: 11/06/2014

Key words: eating disorders, perfectionism, self-esteem, risk of eating disorder.**Palabras clave:** trastornos alimentarios, perfeccionismo, autoestima, riesgo de trastorno alimentario.**Introducción**

Los trastornos alimentarios (TA) constituyen en la actualidad una patología frecuente entre las mujeres adolescentes. El pasaje por la adolescencia implica un momento vital de cambios y de búsqueda de la propia identidad por lo que resulta ser un período de gran vulnerabilidad para el desarrollo de estas patologías (Hudson, Hiripi, Pope & Kessler, 2007; Muro-Sans & Amador-Campos, 2007).

Entre los factores psicológicos involucrados en la etiopatogenia de los TA, la baja autoestima y el perfeccionismo han sido merecedores de particular atención. En la adolescencia, y en estrecha relación con los cambios físicos producidos durante este período, la autoestima se encontraría determinada en gran parte por la imagen corporal. Un estudio con adolescentes mujeres identificó que la insatisfacción con el peso y el propio cuerpo predecían cambios en la autoestima (Tiggemann, 2005), indicando que la baja autoestima podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de los TA. Por otra parte, algunos au-

tores señalan que la baja autoestima podría ser una consecuencia de los TA, actuando tanto como factor de predisposición así como de mantenimiento de estos trastornos en mujeres adolescentes (Gual et al., 2002).

El perfeccionismo también ha sido asociado con el desarrollo de los TA (Bardone-Cone et al., 2007; Lilenfeld, Wonderlich, Riso, Crosby, & Mitchell, 2006), en tanto conduciría a la búsqueda de un estándar perfeccionista en relación con la imagen corporal y el control de la comida y el peso (Garner, Olmsted, Polivy, & Garfinkel, 1984). Según diversos estudios, sería tanto un predictor como un factor de mantenimiento de los TA (Chang, Ivezaj, Downey, Kashima, & Morady, 2008; Fairburn, 2008).

Actualmente, los síndromes incompletos o atípicos de TA resultan ser cuadros sumamente frecuentes, llegando a afectar a las tres cuartas partes de los sujetos con diagnóstico de TA (Machado, Machado, Goncalves, & Hoek, 2007). Además, algunos autores han señalado un incremento en las conductas para el control del peso entre las adolescentes mujeres (Chamay-Weber, Narring, & Michaud, 2005; Littleton & Ollendick, 2003; Neumark-Sztainer, 2003). La realización de dietas restrictivas, la actividad física excesiva y el uso de laxantes, diuréticos y pastillas para adelgazar constituyen prácticas cada vez más extendidas, configurándose como conductas de riesgo para el desarrollo de un TA. En un estudio realizado sobre una muestra de estudiantes de escuelas secundarias de Buenos Aires se encontró, por ejemplo, que el 24.70% de las adolescentes presentaba conducta dietante, el 17.70% realizaba actividad física excesiva con el objetivo de bajar de peso y el 7.40% refirió presentar vómitos autoinducidos (Rutzstein, Murawski, Elizathe, & Scappatura, 2010). En esta línea, algunos autores han señalado la existencia de un continuo entre los problemas alimentarios subclínicos y los TA. De acuerdo con este modelo, los TA constituyen el extremo de un continuo que comienza con la presencia de preocupaciones por el peso y la figura, la insatisfacción corporal y la realización de dietas (Levine & Smolak, 1992; Nylander, 1971; Striegel-Moore, Silberstein, & Rodin, 1986). Asi-

mismo, aunque con menos evidencia concluyente, se ha propuesto la existencia de un continuo en lo que respecta no sólo a la sintomatología de los TA sino también a las características psicológicas asociadas con el mantenimiento y desarrollo de los TA (Levine & Smolak, 2006).

Si bien la relevancia del perfeccionismo y de la baja autoestima para el desarrollo de los TA ha sido bien establecida, la mayoría de los estudios se realizaron sobre muestras de población general o muestras clínicas, siendo escasas las investigaciones que incluyen muestras de sujetos que no llegan a constituir cuadros completos de TA (Altamirano, Vizmanos, & Unikel, 2011; Peck & Lightsey, 2008; Tylka & Subich, 1999). El presente estudio se propone analizar y comparar estas variables en mujeres adolescentes con riesgo de TA (RTA), con TA (TA) y sin TA ni riesgo de TA (NTA).

MÉTODO

Muestra

Se trata de un estudio transversal, descriptivo y comparativo en el que se utilizó un muestreo de tipo no aleatorio y por conveniencia. La muestra inicial estuvo conformada por 242 mujeres que participaron de manera voluntaria: 202 estudiantes de dos escuelas secundarias (una pública y una privada) y 40 pacientes con diagnóstico de TA según el DSM IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2000) que se encontraban en tratamiento en dos instituciones especializadas (una pública y una privada). Las instituciones educativas y asistenciales estaban situadas en la Ciudad de Buenos Aires. 7.40% de las estudiantes presentaba trastorno alimentario no especificado según DSM-IV-TR (APA, 2000). En cuanto a las pacientes, 77.50% presentaba trastorno alimentario no especificado, 15% anorexia nerviosa y 7.50% bulimia nerviosa según DSM-IV-TR (APA, 2000).

Los criterios de inclusión fueron: tener entre 13 y 19 años, haber aceptado participar del estudio y, para aquellas participantes menores de 18 años, presentar el consentimiento informado firmado por alguno de los padres. Se excluyeron del estudio aquellas parti-

participantes que presentaban dificultades graves de comunicación y comprensión. Se excluyeron además, los casos de pacientes con TA que no cumplieran con criterios para el diagnóstico de TA según DSM IV-TR (APA, 2000) al momento del estudio.

A los fines de realizar un adecuado control de la variable edad mediante *ANCOVA*, se realizó un recorte en el rango etario para igualar los tres grupos. El rango utilizado fue de 15 a 18 años.

Finalmente, la muestra quedó conformada por 200 mujeres que participaron de manera voluntaria: 167 estudiantes de escuelas secundarias y 33 pacientes con diagnóstico de TA según DSM IV-TR (APA, 2000).

El 45% de las adolescentes vivía con su familia nuclear biparental, el 24% con su familia nuclear monoparental, el 20.50% con la familia extendida (también conviven con otros familiares) y el 10.50% refería otro tipo de conformación familiar (como por ejemplo, pareja de alguno de los padres o amigos). La cantidad de miembros de la familia fue de 4.26 ($DE = 1.88$). La mayoría de ambos padres trabajaba (84.50% de los padres y 70.90% de las madres). En cuanto a nivel de educación de ambos padres, el mayor porcentaje de madres presentó estudios terciarios o universitarios finalizados (27.60%) y el mayor porcentaje de padres presentó estudios secundarios sin finalizar (24.40%) y estudios terciarios o universitarios finalizados (24.40%).

La muestra fue agrupada en tres grupos en función de la presencia de TA o de riesgo de TA (véase Figura 1). Las adolescentes escolarizadas en las que se detectó la presencia de TA ($n=13$) pasaron a conformar el grupo adolescentes con TA, junto con las adolescentes que recibían tratamiento en instituciones especializadas (TA, $n=33$). Las adolescentes en las que se identificó riesgo de TA conformaron el grupo RTA. El resto de las participantes conformaron el grupo sin TA ni riesgo de TA. De modo tal que los tres grupos se conformaron del siguiente modo: adolescentes con TA (TA, $n=46$), adolescentes con riesgo de TA (RTA, $n=17$) y adolescentes sin TA ni riesgo de TA (NTA, $n=137$).

La presencia de TA y de riesgo de TA en las adoles

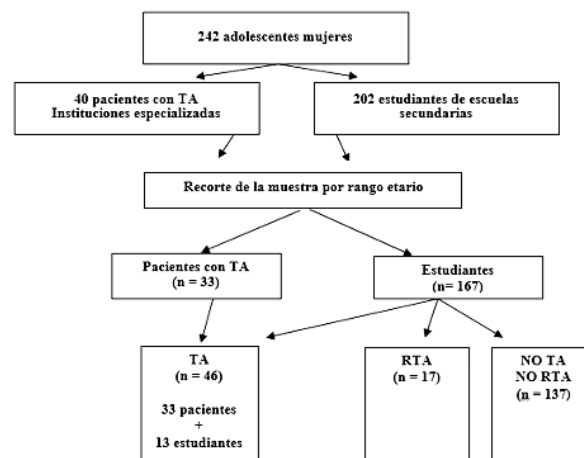


Figura 1.
Conformación de grupos.

centes de escuelas secundarias fue evaluada a través de una entrevista diagnóstica semiestructurada. La presencia de TA se determinó a partir de los criterios diagnósticos del DSM IV-TR (APA, 2000) para anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno alimentario no especificado (TANE). Se consideró riesgo de TA (RTA) a la presencia de alguna sintomatología propia de los TA como episodio aislado, sin regularidad, ni llegar a constituir un cuadro completo (como, por ejemplo, haber realizado dieta alguna vez y presentar insatisfacción con la imagen corporal con peso normal o bajo). Las adolescentes con RTA presentaron una edad media de 16.35 años ($DE = 0.93$) y no se diferenciaron de los otros dos grupos. Sin embargo, la edad media del grupo de TA fue significativamente mayor que la edad media del grupo NTA [$F(2, 197) = 4.04, p = .019; M = 16.57$ y $DE = 1.00$ para las adolescentes con TA vs. $M = 16.13$ y $DE = 0.87$ para las adolescentes NTA].

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico y de sintomatología específica de trastornos de la conducta alimentaria. Este instrumento fue diseñado especialmente y tiene como propósito recabar información sobre la edad, el nivel de escolaridad y la composición del núcleo familiar. También se indagó acerca de la altura, el peso actual, el peso deseado, la realización de dietas, la regularidad de los ciclos menstruales, la percepción de la imagen corporal y la presencia de

conductas compensatorias inapropiadas con el fin de bajar o mantener el peso: actividad física excesiva, vómitos autoinducidos y consumo de laxantes, diuréticos o pastillas para adelgazar. Este cuestionario se basa en el EDI Symptom checklist de acuerdo a los criterios del DSM IV-TR (APA, 2000). Se indagó además sobre la presencia de obesidad en los padres y/o la presencia de conducta dietante en alguno de los miembros de la familia.

Entrevista diagnóstica semiestructurada basada en el Eating Disorder Examination (EDE; Fairburn & Cooper, 1993; adaptación argentina: Rutzstein et al., 2010). Es una entrevista semiestructurada conformada por preguntas abiertas y cerradas, con el fin de obtener datos específicos sobre rasgos, actitudes y comportamientos correspondientes a criterios de diagnóstico de trastornos alimentarios del DSM IV-TR (APA, 2000). Las preguntas se focalizan en los últimos 3 meses.

Inventario de Trastornos Alimentarios-3 (EDI- 3; Garner, 2004; adaptación argentina: Rutzstein et al., 2013). Se trata de un inventario autoadministrable que evalúa la presencia de síntomas asociados con los TA agrupados en 12 subescalas. Consta de 91 ítems a los que se puede responder con las siguientes 6 posibilidades: siempre, casi siempre, a menudo, a veces, pocas veces y nunca. Tres subescalas específicas evalúan actitudes y comportamientos con respecto a la alimentación, el peso y la imagen corporal; ellas son: “*Búsqueda de Delgadez*”, “*Bulimia*” e “*Insatisfacción con la Imagen Corporal*”. Las subescalas restantes evalúan rasgos psicológicos asociados a los TA, que son clínicamente relevantes. El EDI-3 se ha utilizado como instrumento de cribado para detectar población de riesgo. Se han obtenido evidencias de validez de constructo y de criterio. Los coeficientes de consistencia interna han mostrado ser adecuados para cada una de las subescalas fluctuando entre $\alpha=.63$ y $\alpha=.97$ (Garner, 2004).

Escala de Autoestima (AUTOE; Rosenberg, 1965; adaptación argentina Góngora & Casullo, 2009). Se trata de una escala autoadministrable que permite evaluar autoestima en forma global, entendida como una actitud positiva o negativa hacia sí mismo. Esta

escala está compuesta por 10 ítems, con 4 opciones de respuesta, desde extremadamente de acuerdo (valor 3) hasta extremadamente en desacuerdo (valor 0). Los estudios locales evidenciaron que la escala tiene propiedades psicométricas adecuadas y puede ser utilizada en estudios en población adolescente de la ciudad de Buenos Aires. La escala muestra la misma estructura factorial que la versión original, buenos niveles de consistencia interna ($\alpha=.79$), validez convergente y divergente.

Almost Perfect Scale Revised (APS-R; Slaney, Mobley, Trippi, Ashby, & Johnson, 1996; adaptación argentina: Arana, Keegan, & Rutzstein, 2009). Esta escala autoadministrable está compuesta por 23 ítems distribuidos en tres subescalas: Altos Estándares, Orden y Discrepancia. Presenta un formato de respuesta tipo Likert con 7 opciones, que va de fuertemente en desacuerdo (valor 1) a fuertemente de acuerdo (valor 7). Este instrumento permite discriminar perfiles desadaptativos o disfuncionales y perfiles adaptativos o funcionales de perfeccionismo. Los coeficientes de consistencia interna para la escala fueron similares, e incluso superiores, a otras versiones adaptadas de la escala. Se obtuvieron evidencias externas de validez. Los coeficientes de discriminación resultaron aceptables. Los niveles de consistencia interna fueron adecuados y se conservó la estructura factorial de la escala original.

Procedimiento

Inicialmente se realizó el contacto con las escuelas secundarias y con las instituciones clínicas especializadas. Se informó a las participantes y a sus padres, como así también a las autoridades escolares el objetivo del estudio y se solicitó autorización para llevarlo a cabo. De acuerdo con los principios éticos vigentes, se aseguró a cada uno de los sujetos el carácter confidencial de la información brindada y se les informó que la participación en esta investigación era voluntaria.

Las estudiantes completaron los cuestionarios autoadministrables en grupo en las aulas de cada institución educativa durante el horario de clase, previa

introducción y lectura del instructivo. Luego fueron pesadas y medidas por una médica hebiatra y nutricionistas, según las normas antropométricas de la Sociedad Argentina de Pediatría (1986). La medición del peso y altura de las participantes fue realizada de manera individual y en un aula diferente a la utilizada para la administración grupal. Se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) de las estudiantes.

Posteriormente se llevó a cabo una entrevista diagnóstica semiestructurada con cada una de las participantes de escuelas secundarias con el objetivo de identificar la presencia de TA y riesgo de TA. Las entrevistas fueron realizadas por profesionales entrenados y se realizaron en las instituciones educativas en las que las adolescentes cursaban sus estudios.

Análisis estadístico

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS para Windows (versión 18.0 en castellano). Las comparaciones intergrupo se realizaron mediante un análisis ANCOVA con Edad como covariable, con contraste de comparaciones post hoc de Bonferroni, o mediante χ^2 y Prueba de Hipótesis para diferencias de proporciones para variables categóricas.

RESULTADOS

Índice de masa corporal

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto del peso, la altura y el IMC mediante *ANOVA* ni *ANCOVA*. En la Tabla 2 se describen dichas variables en cada uno de los grupos.

En la Figura 2 se representa la distribución de las categorías de IMC, ajustado por edad, siguiendo las normas de la Organización Mundial para la Salud (WHO, 2007). Se observó que las adolescentes con TA y NTA se encuentran distribuidas en casi todas categorías de IMC (excluyendo Bajo peso para el grupo NTA). En cambio, la mayoría de las adolescentes del grupo RTA presentó Peso normal (88.20%) y sólo unas pocas Sobrepeso (11.80%, véase Figura 2).

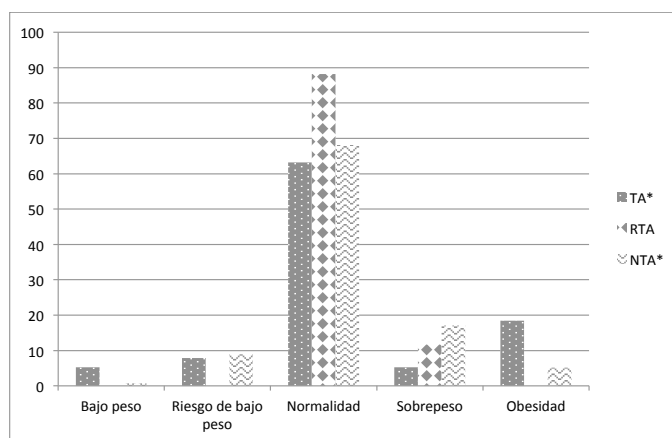


Figura 2. Distribución del IMC.

Nota. * No todas las participantes aceptaron ser pesadas y/o medidas.

Conductas tendientes a bajar de peso

En relación con la actividad física excesiva (realizada con una frecuencia igual o superior a 2 días por semana y con la intención de bajar de peso), las adolescentes con RTA no presentaron diferencias significativas con ninguno de los otros dos grupos (los grupos de TA y NTA tampoco se diferenciaron significativamente entre sí).

En cuanto a la conducta dietante, las adolescentes con RTA tampoco presentaron diferencias significativas respecto a los otros dos grupos, aunque se halló diferencia entre la proporción de adolescentes con TA y la proporción de adolescentes NTA, siendo significativamente mayor en el grupo TA (véase Tabla 1). Las adolescentes con TA comenzaron a realizar la dieta a una edad significativamente menor que las adolescentes con RTA y NTA [$F(2, 63) = 8.088, p = .001$; $M = 13.33$ y $DE = 2.43$ para las adolescentes con TA vs. $M = 14.57$ y $DE = 0.98$ para las adolescentes con RTA y $M = 14.81$ y $DE = 1.59$ para las adolescentes NTA].

Con respecto a las conductas purgativas, se observó que 41.30% de las adolescentes con TA se pro-

Tabla 1.
Conductas tendientes a bajar de peso y Perfeccionismo desadaptativo

	TA		RTA		NTA		χ^2	g. l.	P	Prueba de proporciones
	n*	% (f)	n	% (f)	n	% (f)				
Actividad física excesiva	45	46.70 (21)	17	35.30 (6)	137	27.70 (38)	5.58	2	.062	NS
Conducta dietante	45	68.50 (37)	17	41.20 (7)	137	18.80 (32)	44.09	2	<.001	TA > NTA
Perfeccionismo desadaptativo	46	41.30 (19)	17	17.60 (3)	137	12.40 (17)	24.02	4	<.001	TA > NTA

Nota. * No todas las participantes respondieron a todas las preguntas.

vocaba vómitos, 17.40% consumía laxantes, 10.90% diuréticos y 10.90% pastillas para adelgazar.

Eating Disorder Inventory -3

En la Tabla 2 se presentan las puntuaciones medias de los grupos en las diferentes subescalas del EDI-3. Las adolescentes con RTA presentaron puntajes intermedios en la mayoría de las subescalas (Véase Tabla 2).

En las tres subescalas específicas (*Bulimia, Búsqueda de delgadez e Insatisfacción corporal*) las adolescentes con RTA y TA presentaron puntajes significativamente más altos que las adolescentes NTA.

En cuanto a las nueve subescalas que evalúan rasgos psicológicos asociados, en cinco de ellas (*Inseguridad interpersonal, Desconfianza interpersonal, Déficit interoceptivo, Desregulación emocional y Perfeccionismo*), las adolescentes con RTA presentaron puntajes intermedios pero no se diferenciaron significativamente de ninguno de los otros dos grupos. Aunque las adolescentes con TA sí se diferenciaron significativamente de las adolescentes NTA en estas cinco subescalas.

En tres subescalas (*Baja autoestima, Alienación personal y Ascetismo*), las adolescentes con RTA no se diferenciaron significativamente del grupo NTA, y tanto el grupo RTA como el NTA, presentaron puntuaciones significativamente menores que las adolescentes con TA.

Por último, en *Miedo a madurar* las adolescentes con RTA presentaron puntajes significativamente menores en comparación con las adolescentes con TA y las adolescentes NTA.

Perfeccionismo

El porcentaje de adolescentes con perfeccionismo desadaptativo en el grupo RTA resultó ser intermedio (17.60%) y no se hallaron diferencias significativas respecto a los otros dos grupos. En cambio, se observó una diferencia significativa [$\chi^2(4) = 24.02$; $p < .001$] entre el grupo TA (41.30%) y el grupo NTA (12.40%, véase Tabla 1).

En el Puntaje total y en la subescala Altos estándares de la APS-R, las adolescentes con RTA presentaron puntajes intermedios que no se diferenciaron significativamente de ninguno de los otros dos grupos. En cambio, las adolescentes con TA presentaron puntuaciones significativamente más elevadas que el grupo NTA. Por otra parte, en la subescala Discrepancia, las adolescentes con RTA no se diferenciaron significativamente de las adolescentes TA y ambos grupos presentaron puntuaciones significativamente más elevadas que las adolescentes NTA. En relación con la subescala Orden, no se observaron diferencias significativas entre los grupos (véase Tabla 2).

Autoestima

Las adolescentes con RTA presentaron puntuaciones con valores intermedios, sin diferenciarse significativamente respecto de los otros dos grupos. En cambio, las adolescentes con TA presentaron puntuaciones significativamente más bajas que las adolescentes NTA (véase Tabla 2).

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar hábitos y actitudes hacia la alimentación, perfeccionismo y autoestima en mujeres adolescentes con riesgo de TA, adolescentes con cuadros completos de TA y adolescentes sin TA ni riesgo de TA.

Los resultados indican que existe asociación entre las distintas variables estudiadas y la presencia de TA. Las adolescentes con trastornos alimentarios (TA) presentan niveles de perfeccionismo y de baja autoestima significativamente más elevados que sus pares sin TA ni riesgo de TA (NTA). Diversos estudios mostraron resultados similares al estudiar las mismas variables. Así, Gual et al. (2002), en un estudio realizado con una muestra de mujeres entre 12 y 21 años, encontraron una fuerte asociación entre la presencia de TA y baja autoestima. Asimismo, la relación de los TA con niveles elevados de perfeccionismo también ha sido previamente estudiada tanto en pacientes con anorexia nerviosa (Halmi

Tabla 2.
Características antropométricas y Puntajes en la APS-R, AUTOE y EDI-3.

	TA		RTA		NTA		ANCOVA			Post hoc
	n*	Media (DE)	n	Media (DE)	n*	Media (DE)	F	g. l.	p	Sig.
Características antropométricas										
Peso (kg)	38	60.13 (16.64)	17	57.00 (4.3)	135	56.44 (9.69)	1.231	2, 186	.294	NS
Altura (m)	39	1.61 (0.07)	17	1.60 (0.06)	137	1.60 (0.06)	0.839	2, 189	.434	NS
IMC (kg/m ²)	38	22.91 (5.46)	17	22.16 (1.62)	135	22.17 (3.6)	0.395	2, 186	.674	NS
APS-R										
Puntaje total	46	116.30 (25)	17	108.70 (17.4)	137	99.60 (17.5)	11.964	2, 196	<.001	TA > NTA
Altos estándares	46	39.00 (7.7)	17	36.80 (7.6)	137	35.70 (6.4)	3.575	2, 196	.030	TA > NTA
Orden	46	20.30 (6.2)	17	18.50 (5)	137	21.00 (4.3)	2.835	2, 196	.061	NS
Discrepancia	46	57.00 (18.8)	17	53.40(13.1)	137	43.00 (13.3)	16.908	2, 196	<.001	TA, RTA > NTA
AUTOE										
Puntaje total	46	27.28 (8.17)	17	30.29 (5.31)	137	33.07 (4.25)	20.803	2, 196	<.001	TA < NTA
EDI-3										
Búsqueda de delgadez	46	18.09 (7.02)	17	13.88 (4.66)	137	7.49 (6.53)	43.824	2, 196	<.001	TA, RTA > NTA
Bulimia	46	7.20 (7.55)	17	5.24 (5.07)	137	2.44 (2.77)	19.697	2, 196	<.001	TA, RTA > NTA
Insatisfacción corporal	46	22.02 (11.26)	17	18.18 (7.69)	137	12.58 (7.80)	20.137	2, 196	<.001	TA, RTA > NTA
Baja autoestima	46	9.91 (6.76)	17	5.94 (3.80)	137	4.36 (4.02)	24.775	2, 196	<.001	TA > RTA, NTA
Alienación personal	46	10.72 (6.26)	17	7.59 (5.06)	137	5.20 (3.99)	25.170	2, 196	<.001	TA > RTA, NTA
Inseguridad interpersonal	46	9.13 (5.84)	17	7.53 (6.83)	137	6.89 (5.00)	3.547	2, 196	.031	TA > NTA
Desconfianza interpersonal	46	7.67 (4.61)	17	6.24 (4.05)	137	5.44 (3.80)	5.357	2, 196	.005	TA > NTA
Déficit interoceptivo	46	13.02 (7.98)	17	10.59 (6.89)	137	6.93 (5.39)	17.599	2, 196	<.001	TA > NTA
Desregulación emocional	46	8.76 (5.83)	17	8.06 (4.08)	137	6.53 (5.28)	3.643	2, 196	.028	TA > NTA
Perfeccionismo	46	11.83 (5.46)	17	10.29 (4.37)	137	8.15 (4.58)	12.711	2, 196	<.001	TA > NTA
Ascetismo	46	11.24 (6.33)	17	4.12 (4.30)	137	5.30 (4.33)	27.014	2, 196	<.001	TA > RTA, NTA
Miedo a madurar	46	12.59 (6.10)	17	7.53 (4.61)	137	13.12 (5.00)	5.080	2, 196	.007	NTA, TA > RTA

Nota. * No todas las participantes aceptaron ser pesadas y/o medidas. Tampoco respondieron a todas las preguntas.

et al., 2000; Sutandar-Pinnock, Woodside, Carter, Olmsted, & Kaplan, 2003), como en pacientes con bulimia nerviosa (Tachikawa et al., 2004) (para una revisión ver Bardone-Cone et al., 2007).

En cuanto a los rasgos psicológicos asociados evaluados por el EDI-3, al igual que en estudios previos (Rutsztein et al., 2010), las adolescentes con TA (TA) presentan puntajes superiores a las adolescentes sin sintomatología de TA (NTA) en la mayoría de las subescalas (con la excepción de *Miedo a madurar*, en la que no hay diferencias entre el grupo TA y el grupo NTA). Estos resultados permiten considerar a los distintos instrumentos utilizados en el presente estudio como instrumentos adecuados para la discriminación de adolescentes con y sin TA.

Ahora bien, en lo que respecta al grupo de riesgo (RTA), los resultados no permiten establecer delimitaciones claras entre los grupos. Únicamente en tres de las características psicológicas evaluadas (*Baja autoestima*, *Alienación personal* y *Ascetismo* evaluadas a partir del EDI-3) las adolescentes con riesgo (RTA) se diferencian del grupo con TA (TA). En las restantes seis subescalas que evalúan rasgos psicológicos asociados, las adolescentes con riesgo (RTA) presentan puntuaciones intermedias sin diferenciarse de los otros dos grupos.

Esto difiere de los resultados obtenidos por Peck y Lightsey (2008) al comparar mujeres universitarias con TA, mujeres con síntomas de TA y mujeres asintomáticas respecto de distintos rasgos psicológicos asociados. Utilizando la versión anterior del instrumento (EDI-2) y una muestra de mayor edad a la del presente estudio, encontraron que las mujeres con TA se diferenciaban de un grupo de mujeres con síntomas de TA en todas las subescalas analizadas. De todos modos, los resultados obtenidos en el presente estudio podrían deberse al pequeño número de casos que conforman el grupo RTA ($n=17$), más que a la ausencia de diferencias entre los grupos, por lo que deben ser tomados con cautela.

Al analizar la variable autoestima, se observan diferencias en los resultados en función del instrumento utilizado para su evaluación: los resultados obtenidos a partir del EDI-3 permiten indicar a la *Baja*

autoestima como una variable asociada con los TA y no con el riesgo de TA. Sin embargo, al analizar las puntuaciones obtenidas a partir del otro instrumento utilizado (*Escala de Autoestima de Rosenberg*), las adolescentes con RTA se asemejan en sus puntuaciones tanto a las adolescentes con TA como a las adolescentes del grupo NTA, ubicándose en una posición intermedia. En un estudio llevado a cabo sobre una muestra de adolescentes mujeres con riesgo alto de TA, riesgo moderado de TA y adolescentes sin riesgo de TA, Altamirano et al. (2011), hallaron resultados similares al evaluar la variable autoestima. En dicha investigación, las mujeres con riesgo alto de TA se diferenciaron únicamente de las adolescentes sin riesgo de TA, y no de las adolescentes con riesgo moderado.

En lo que respecta al perfeccionismo se observa un patrón de respuesta similar, hallándose puntuaciones intermedias en el grupo RTA, aunque sin diferenciarse respecto de los otros dos grupos en la subescala de *Perfeccionismo* del EDI-3. Esto mismo ocurre al analizar la dimensión adaptativa del perfeccionismo (*Altos estándares*), evaluada a partir de la APS-R. La posición intermedia en las puntuaciones de perfeccionismo se encuentra en la línea de lo hallado por Peck y Lightsey (2008), quienes con el objetivo de estudiar el modelo del continuo en los TA, también analizaron las variables autoestima y perfeccionismo. Los autores encontraron que los niveles de perfeccionismo y de baja autoestima se presentan de manera gradual en mujeres con TA, mujeres con síntomas de TA y mujeres sin sintomatología de TA. En dicha investigación, sin embargo, sí se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

En lo que respecta a la *Discrepancia*, las diferencias entre los dos grupos con sintomatología de TA (TA y RTA) y el grupo sin sintomatología (NTA) refuerzan el valor disfuncional de esta dimensión de perfeccionismo, siendo consistente con los modelos que sostienen la multidimensionalidad del constructo (Rhéaume et al., 2000; Rice, Ashby, & Slaney, 1998; Terry-Short, Owens, Slade, & Dewey, 1995).

En conjunto, los resultados se encuentran en la línea de lo hallado por otros estudios en los que se apo-

ya la teoría del continuo en los TA (Peck & Lightsey, 2008; Tylka & Subich, 1999). La presencia de características psicológicas vinculadas con el desarrollo de los TA en adolescentes de población no clínica (RTA), refuerza la importancia de destinar esfuerzos a la prevención de los TA en la adolescencia. Asimismo, la semejanza de las adolescentes con riesgo (RTA) con las adolescentes sin riesgo de TA (NTA) en cuanto a dichas características permite considerar al contexto escolar como un ámbito sumamente adecuado para esta tarea.

Tal como se mencionó anteriormente, una limitación del presente estudio la constituye el pequeño número de casos que conforman el grupo de riesgo (RTA), el cual podría estar dificultando observar diferencias entre los grupos a un nivel estadísticamente significativo. Para futuros estudios sería interesante incrementar el tamaño de la muestra de adolescentes con RTA a los fines de una mejor observación de las características de este grupo.

Por último, teniendo en cuenta la relación de los TA con la baja autoestima y el perfeccionismo señalada en el presente estudio, se propone como futura línea de investigación la evaluación de la interacción entre ambas variables en el desarrollo de los TA en adolescentes.

Agradecimientos. Este estudio forma parte de un proyecto de investigación subsidiado por la Universidad de Buenos Aires (Directora: Prof. Dra. Guillermina Rutzstein - UBACyT 20020090100053)

Deseamos agradecer la colaboración de los siguientes profesionales: Jesica Custodio, Marina Diez, Luciana Elizathe, Marina Galarregui, Eduardo Leonardelli, Leonora Lievendag, Julieta López, Paula Salaberry, Cynthia Villarejo, Omar Alva, Cecilia Amitrano, Ana María Armatta, Raúl Barrios, Rosina Crispo, Celeste Goedelmann y Viviana Jalife. También deseamos agradecer la colaboración de los estudiantes, padres, docentes, personal y autoridades de cada una de las escuelas que participaron del estudio, así como a las pacientes, padres y profesionales de las instituciones asistenciales.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Washington, DC, EE. UU.: American Psychiatric Association.
- Altamirano, M., Vizmanos, B., & Unikel, C. (2011). Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30 (5), 401-407.
- Arana, F., Keegan, E. & Rutzstein, G. (2009). Adaptación de una medida multidimensional de perfeccionismo: la Almost Perfect Scale-Revised (APS-R). Un estudio preliminar sobre sus propiedades psicométricas en una muestra de estudiantes argentinos. *Revista Evaluar*, 9, 35-53.
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27, 384-405.
- Chamay-Weber, C., Narring, F., & Michaud, P. A. (2005). Partial eating disorders among adolescents: A review. *The Journal of Adolescents Health*, 37 (5), 417-427.
- Chang, E., Ivezaj, V., Downey, C., Kashima, Y., & Morady, A. (2008) Complexities of measuring perfectionism: Three popular perfectionism measures and their relations with eating disturbances and health behaviors in a female college student sample. *Eating Behaviors*, 9, 102-110.
- Fairburn, C. G. (2008). Cognitive behavior therapy and eating disorders. Guilford Press.
- Fairburn, C. G. & Z. Cooper (1993). The Eating Disorder Examination. En C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.) *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 333 - 356). New York: Guilford.
- Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory- 3 Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Polivy, J., & Garfinkel, P. E. (1984). Comparison between weight-preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 46, 255-266.
- Gongora, V. C., & Casullo, M. M. (2009). Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población general y en población clínica de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 27 (1), 179-194.

- Gual, P., Pérez-Gaspar, M., Martínez-González, M. A., Lahortiga, F., De Irala-Estévez, J., & Cervera, S. (2002). Self-esteem, personality, and eating disorders: baseline assessment of a prospective population-based cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 261-273.
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter, M.,... Kaye, W. H. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1799-805.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358.
- Levine, M. P. & Smolak, L. (1992). Toward a model of the developmental psychopathology of eating disorders: The example of early adolescence. En J. H. Crowther, D. L. Tennenbaum, S. E. Hobfoll, & M.A.P. Stephens (Eds.), *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context* (pp. 59-80). Washington, DD: Hemisphere.
- Levine, M. P., & Smolak, L. (2006). The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Lilenfeld, L. R. R., Wonderlich, S., Riso, L. P., Crosby, R., & Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26(3), 299-320.
- Littleton, H. L., & Olendick, T. (2003). Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents: What places youth at risk and how these problems be prevented? *Clinical Child and Family Psychological Review*, 6 (1), 51-66.
- Machado, P. P., Machado, B. C., Goncalves, S., & Hoek, H.W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40 (3), 212-217.
- Muro-Sans, P., & Amador-Campos, J. A. (2007). Prevalence of eating disorders in a Spanish community adolescent sample. *Eating and Weight Disorders*, 12, 1-6.
- Neumark-Sztainer, D. (2003). Obesity and eating disorder prevention: An integrated approach? *Adolescent Medicine*, 14 (1), 159-173.
- Nylander, I. (1971). The feeling of being fat and dieting in a school population: Epidemiologic interview investigation. *Acta Sociomedica Scandinavica*, 3, 17-26.
- Peck, L.D., & Lightsey, O.R. (2008). The Eating Disorders Continuum, Self-Esteem, and Perfectionism. *Journal of Counseling & Development*, 86, 184-193.
- Rhéaume, J., Freeston, M. H., Ladoucer, R., Bouchard, C., Gallant, L., Talbot, F., & Vallières, A. (2000). Functional and dysfunctional perfectionistics: Are they different on compulsive-like behaviors? *Behavior Research and Therapy*, 38, 119-128.
- Rice, K. G., Ashby, J. S., & Slaney, R. (1998). Self esteem as a mediator between perfectionism and depression: A structural analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 304-314.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rutsztein, G., Leonardelli, E., Scappatura, M. L., Murawski, B., Elizathe, L., & Maglio, A.L. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Trastornos Alimentarios-3 (EDI-3) en mujeres adolescentes de Argentina. *Revista Mexicana de Trastornos alimentarios*, 4, 1-14.
- Rutsztein, G., Murawski, B., Elizathe, L., & Scappatura, M. L. (2010). Trastornos alimentarios: detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. *Revista Mexicana de Trastornos alimentarios*, 1, 48-61.
- Slaney, R. B., Mobley, M., Trippi, J., Ashby, J. S., & Johnson, D. (1996). *Almost Perfect Scale-Revised*. Escala no publicada, The Pennsylvania State University, University Park.
- Sociedad Argentina de Pediatría (1986). *Criterios de diagnóstico y tratamiento. Crecimiento y desarrollo*. Buenos Aires: Roemmers.
- Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L., & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, 41, 246-263.
- Sutandar-Pinnock, K., Woodside, D. B., Carter, J. C., Olmsted, M. P., & Kaplan, A. S. (2003). Perfectionism in anorexia nervosa: A 6-24-month follow-up study. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 225-229.
- Tachikawa, H., Yamaguchi, N., Hatanaka, K., Kobayashi, J., Sato, S., Mizukami, K., ... & Sugie, M. (2004). The Eating Disorder Inventory-2 in Japanese clinical and non-clinical samples: Psychometric properties and cross-cultural implications. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9(2), 107-113.
- Terry-Short, L., Owens, R., Slade, P., & Dewey, M. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality*

- lity and individual differences, 18 (5), 663-668.
- Tiggemann, M. (2005). Body dissatisfaction and adolescent self-esteem: Prospective findings. *Body Image*, 2, 129-135.
- Tylka, T. L., & Subich, L. M. (1999). Exploring the construct validity of the eating disorder continuum. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 268-276.
- World Health Organization (2007) Growth reference data for 5-19 years. Extraído de: <http://www.who.int/growthref/en/> el 15/12/2012.